Rok XXIX. Kraków, 7 Czerwca 1890. Nr. 23.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

TREŚĆ: I. KROKIEWICZ: O liszaju żrącym (Lupus vulgaris). — II. PIENIĄŻEK: O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia. Podług wykładu mianego w Tow. lekarskiem krak. w czerwcu 1889 r., uzupełnione przypadkami późniejszemi. (Dok.). — III. WIDMANN: O influenzy panującej z końcem r. 1889 i początkiem 1890 we Lwowie. (Dok.). — IV. BLUMENSTOK: Przyczynek sądowo-lekarski do kwestyi nerwic urazowych. (C. d.) — V. *Oceny i sprawozdania. Bakteryjologija.* ROSIN. — *Choroby wewnętrzne.* NEUDÖRFER. — *Chirurgija.* GESSLER. — VI. *Sprawy Towarzystw lekarskich.* Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie. — VII. PONIKŁO. Zakopane jako miejsce klimatyczne. (C. d.). — VIII. *Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.* LEHMANN i JESSEN. — IX. *Wiadomości bieżące.*

I. O liszaju żrącym *(Lupus vulgaris).*

Podał

Dr. Antoni Krokiewicz,

były asystent przy kat. anat. pat. Uniw. Jag.

Pojęcie liszaja żrącego nie jest jeszcze stanowczo określone. Przyczyną téj okoliczności są niezgodne wyniki badania ze względu na utkanie histologiczne i charakter infekcyjny sprawy liszaja żrącego, jakoteż i rozmaity przebieg jego kliniczny. Wielu autorów, jak n. p. Essig[1]) i Huttinshon[2]), uważa liszaj żrący jako pojęcie czysto kliniczne, niczego bliżéj nie określające, którego substratem według pierwszego być może tak gruźlica, jak mięsak lub gruczolak, według zaś drugiego każdy proces chemiczny zapalny na skórze się toczący, nawet i twardziel nosa (*rhinoscleroma*). Inni znowu jak Eppinger[3]) i Mayer stawiają liszaj żrący w rzędzie raków, podczas gdy Rindfleisch zalicza go do gruczolaków i t. d. Pomijając te wszystkie zapatrywania, które już dzisiaj należą prawie tylko do historyi, obecnie wszyscy przyjmują w liszaju żrącym utkanie granulacyjne, i rozchodzić się tylko może, czy utkanie liszaja żrącego nie wyróżnia się w pewnych szczegółach od utkania zwykłéj tkanki granulacyjnéj i nie jest zbliżone do utkania gruźliczego; powtóre, czy i w liszaju żrącym nie działa ten sam jad, co i w gruźlicy. W dzisiejszym bowiem czasie istnieją dwa zapatrywania co do liszaja żrącego:

1) Liszaj żrący jest odmianą gruźlicy skóry, jest gruźlicą miejscową skóry.

2) Liszaj żrący nie okazuje utkania gruźliczego skóry i nie ma nic wspólnego z gruźlicą. Jest to proces patologiczny *sui generis* zupełnie odrębny o utkaniu granulacyjnem.

Pierwsze zapatrywanie ma bardzo wielu zwolenników, jak: Picka, Neissera, Doutrelesponta, Leloira, Cornila, Schüllera, Besniera, Friedländera, Pagenstechera, Volkmanna, Pfeiffera, Demmego, Martina, Kocha; drugie znajduje poparcie u Virchowa, Kaposiego, Vidala, Schwimmera i t. d.

[1]) *Archiv d. Heilkunde* 1874. — [2]) *Monatshefte f. pract. Derm.* 1888 p. 745. — [3]) *Pathologische Anatomie des Larynx u. Trachea.* p. 175—399 r. 1880.

Wobec tych okoliczności postanowiłem wyrobić sobie własne przekonanie co do istoty liszaja żrącego, a przedewszystkiem odpowiedzieć sobie na następujące pytania:

1) Czy utkanie liszaja żrącego odpowiada utkaniu gruźliczemu wogóle?

2) Czy liszaj żrący wywołany jest obecnością jadu gruźliczego?

3) Jaki zachodzi stosunek pomiędzy liszajem żrącym a gruźlicą skóry?

I.

Obraz anatomiczny liszaja żrącego ze względów histologicznych według rozmaitych autorów różnie bywa skreślony. Pierwszy Virchow[1]) zaliczył utkanie liszaja żrącego do tworów granulacyjnych, t. z. ziarniaków (*granulomata*). Według niego komórki liszaja żrącego biorą początek z komórek tkanki łącznéj preegzystujących, są one drobne, okrągłe, a cały ten naciek drobnokomórkowy odznacza się silnem unaczynieniem. W niektórych przypadkach ogniska tych drobnych okrągłych komórek są ułożone pośród zbitéj tkanki łącznéj (t. z. *lupus fibrosus*, dla odróżnienia od *lupus granulosus*). Pomiędzy komórkami znajduje się istota śluzowa. Podobnie i Auspitz[2]) uważa komórki tkanki łącznéj za punkt wyjścia procesu liszaja żrącego. Rindfleisch[3]) podziela zdanie Bergera[4]) oświadczając, iż liszaj żrący bierze swój początek w sieci Malpighiego skóry; różni się jednak o tyle, iż za miejsce bujania procesu patologicznego nie uważa saméj sieci Malpighiego, lecz wypustki komórek gruczołowych przybłonka i zwie liszaj żrący gruczolakiem w zakresie gruczołów łojowych i potnych; chociaż[5]) w ostatniem

[1]) *Die krankhaften Geschwülste.* Bd. II. p. 482—494 r. 1865. — [2]) *Die Zelleninfiltrationen der Lederhaut. Medicin. Jahrbuch.* Wien 1864. — [3]) *Pathologie d. Gewebelehre* 1875 p. 282. — [4]) *Dissertatio inauguralis. De lupo.* Gryphiae 1849, *Vierteljahrsch. f. Syph. u. Derm.* 1880. — [5]) *Pathologie d. Gewebelehre* 1886.

wydaniu zmienia autor swe pierwotne zapatrywanie i określa liszaj żrący jako naciek granulacyjno-zrazikowy. Według K a p o s i e g o[1]) *lupus* poczyna się ogniskowo w saméj skórze pod warstwą naczyniową. Ogniska z tkanki granulacyjnéj złożone, otoczone naokoło tkanką łączną zbitą, rozrastają się wzdłuż naczyń i wywołują dopiero następowo naciek komórkowy rozlany. Podobnie zapatruje się i N e u m a n n[2]). T h o m a[3]) w początkowych okresach liszaja żrącego spotykał rozległe pasma komórek limfoidalnych tylko w obrębie naczyń, w tak zwanych przestworach okołonaczyniowych (*perivasculäre Räume*), które następnie zlewały się ze sobą i tworzyły jużto większe, jużto mniejsze ogniska. Toż samo wypowiada i E s s i g, utrzymując, że komórki liszaja żrącego otaczają naczynia na kształt płaszcza.

Wszyscy zgadzają się, że *lupus* pierwotnie występuje ogniskowo; jeden tylko Auspitz utrzymuje, iż w liszaju żrącym przychodzi do nacieku komórkowego, jednostajnie tkankę skórną zajmującego.

Co do wytwarzania się nacieku w liszaju żrącym istnieją różne zapatrywania. Auspitz przyjmuje teoryję Virchowa, to jest, że komórki, w skład liszaja żrącego wchodzące powstają przez dzielenie się ciałek tkanki łącznéj preegzystujących. Inni zaś przychylają się do teoryi Cohnheima, to jest tworzenia się tychże komórek z ciałek białych wyemigrowanych. Odrębne jest zapatrywanie L a n g a[4]), który nie przypuszcza w tworzeniu się liszaja żrącego ani ciałek tkanki łącznéj, ani ciałek białych wyemigrowanych. Według niego na wytworzenie się komórek liszaja żrącego składają się wypustki protoplazmatyczne ściany naczyń włosowatych krwionośnych i limfatycznych. Te wypustki łączą się ze sobą i tworzą siatkę o wielkich okach. Z téj siatki wyrastają znowu świeże komórki, przezco pierwotne oka coraz bardziéj się zacieśniają, aż w końcu całkowicie się wypełniają.

J a r i s c h[5]) uważa proces liszaja żrącego za zupełnie analogiczny z procesem zapalnym, toczącym się na rogówce, uwzględniając przytem teoryję Strickera. Pochodzenie komórek liszaja żrącego odnosi on do komórek tkanki łącznéj. W najświeższych okresach obrzękają silnie wypustkowate ciałka tkanki łącznéj. Tkanka elastyczna w skórze utraca swój połysk, staje się coraz bardziéj niewidoczną, źle się barwi i napowrót przemienia się w komórkową, z któréj pierwotnie powstała. W późniejszych stadyjach sieć ta komórkowa silnie obrzękła tworzy istny splot beleczkowy, silnie rozgałęziony tak, iż tylko wysepki tkanki podścieliskowéj włóknistéj pozostają. Skoro obrzmienie téj siatkowatéj tkanki komórkowéj dosięgnie pewnego stopnia, przychodzi do dzielenia się pojedynczych komórek, przezco pośród téjże sieci powstaje naciek z pojedynczych komórek złożony. Z czasem istota włóknista, coraz bardziéj uciskana, zanika, a na jéj miejscu wytwarzają się jużto większe, jużto mniejsze ogniska liszaja żrącego. Jarisch zwraca również uwagę na naczynia krwionośne, które się świeżo wytwarzają pośród utkania liszaja żrącego. Ostatecznie Jarisch wypowiada: w liszaju żrącym przychodzi do znacznego wytwarzania się naczyń krwionośnych świeżych. Z tych świeżo wytworzonych jak i dawnych naczyń krwionośnych wychodzi podnieta do obrzęku siatki komórek tkanki łącznéj i następowego dzielenia się takowych. Ten obrzęk tkanki łącznéj zawsze występuje na około naczynia i w otoczeniu naczyń przychodzi do wytworzenia się ognisk liszajowych. Przez zlewanie się tych pojedynczych ognisk skutkiem zaniku istoty włóknistéj przychodzi do wytwarzania się charakterystycznych guzków, już gołem okiem spostrzegalnych. W końcu przypuszcza autor, iż obok komórek tkanki łącznéj, które przeważnie biorą udział w powstawaniu liszaja żrącego, mogą brać czynny udział i elementa wyemigrowane. (C. d. n.)

[1]) Virchows *Handbuch der speciellen Pathologie u. Therapie* Bd. III. Teil III. 1876 — [2]) *Lehrbuch d. Hautkrankheiten* 1876. — [3]) *Vierteljahrsch. f. Syph. u. Derm.* 1877. p. 267, i Virchows Archiv. Bd. 65. — [4]) *Vierteljahrsch. f. Syph. u. Derm.* 1875 p. 1 i 1876 p. 603. — [5]) *Ueber die Structur des lupösen Gewebes. Vierteljahrsch. f. Syph. u. Dermat.* Nr. 3. Bd. 1880.

II. O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia.

Podług wykładu mianego w Tow. lekarskiem krak. w czerwcu 1889 r., uzupełnione przypadkami późniejszemi.

Podał

prof. Dr. P i e n i ą ż e k.

(Dok. Patrz Nr. 22).

Czwarte wskazanie do laryngofisury dawać mogą urazy krtani, przy których bądźto naderwane płaty błony śluzowéj, bądźto połamane jéj chrząstki światło krtani zwężają. W pierwszym razie można usunąć rzeczone płaty, bądźto drogą endolaryngealną, bądź też przez ranę tracheotomijną, jeżeli tracheotomija była wykonaną; laryngofisura więc wtedy tylko będzie wskazana, jeżeli powyżéj podana metoda nie da się przeprowadzić; w drugim razie wykonać należy, jak to słusznie podnosi Gurlt, laryngofisurę z następowem założeniem tamponu, któryby odłamki chrząstek rozepchał i w należytem położeniu utrzymywał. Żałuję istotnie, żem w przypadku 18-tym w ten sposób odrazu nie postąpił. Byłbym może nie potrzebował tak długiéj dylatacyi, którą będąc i tak zmuszonym późniéj do laryngofisury, przeprowadzam obecnie już 5 miesięcy.

Piąty szereg przypadków mogący dawać wskazanie do laryngofisury stanowią ciała obce w krtani zaklinowane, które ani drogą endolaryngealną, ani przez ranę tracheotomijną wyjąć się nie dają. Przykład tego rodzaju stanowi przypadek 9-ty, w którym z powodu niemożności wyjęcia rurki, przez głośnię po pierwszéj laryngofisurze wprowadzonéj, powtórną laryngofisurę wykonać trzeba było.

Do szóstéj grupy przypadków, w których laryngofisura może być przydatną, zaliczyć muszę zapalenie ochrzęstnéj wraz z jego następstwami, t. j. zapadem chrząstek. Zapalenie ochrzęstnéj świeże, rozleglejsze, prowadzące do ropienia, wymaga zwykle tracheotomii. Przy niej nieraz mimowolnie otworzy się absces, z którego wyjdzie obfita ilość ropy; w innym razie otwiera się takowy w jakiś czas po dokonaniu tracheotomii samoistnie. Że w tych razach wczesne otwarcie ropnia dla chorego korzystnem tylko być może, to każdy łatwo pojmie; to też byłbym za otwieraniem takich ropni o ile to możebne. Po dokonanéj tracheotomii da się to czasem przez ranę tracheotomijną wykonać, jeżeli mianowicie ropień jest usadowiony przeważnie z przodu płyty chrząstki obrączkowéj. Nawet w razie wątpliwości nacięcie miejsca podejrzanego uważałbym za dozwolone. Pamiętnym mi jest jeszcze ze studenckich czasów przypadek, gdzie ropień z przodu płyty obrączkowéj usadowiony wtłoczywszy się przez okienko kaniuli zatkał takową i chorego zadusił. Wcześniejsze rozcięcie tego ropnia mogło było choremu uratować życie. Jeżeli jednak trudno dokonać dostatecznego rozcięcia ropnia przez ranę tracheotomijną, w takim razie nie wahałbym się

wykonać laryngofisury, któraby takowe (rozcięcie) umożliwiła. Oprócz otwarcia ropnia i możności wyjęcia oddzielonych nekrotycznych kawałków chrząstki, jeśli się takowe znajdują po laryngofisurze, daje nam ta ostatnia także i tę korzyść, że pozwala na usunięcie wybujałości błony śluzowéj, jakie się czasem w przebiegu zapalenia ochrzęstnéj wytwarzają. Sądzę, że założony po laryngofisurze tampon z gazy jodoformowéj wobec otwartego ropnia przez ucisk wstrzymywać będzie rozszerzanie się dalsze sprawy zapalnéj, a mianowicie obocznych obrzmień, które łatwo do hyperplazyi błony śluzowéj po długiem trwaniu powód dać mogą. W naszym przypadku 5-tym posłużyła laryngofisura tak do dokładnego wypłukania otwartego już ropnia jak i do wycięcia wybujałości w przebiegu sprawy zapalnéj wytworzonéj. Wpływ jéj na sprawę chorobową nie okazał się wcale niekorzystnym i to mnie właśnie skłania do wykonywania lalaryngofisury na przyszłość w przypadkach rozległego pod ochrzęstną ropienia, jak przy *perichondritis thyreoidea interna* lub *cricoidea posterior*. W przypadkach chronicznéj *perichondritis*, prowadzącéj do wystąpienia zrazu obrzęku chronicznego a w końcu i hyperplazyi błony śluzowéj krtani (tutaj mojem zdaniem przypadek 15-ty zaliczyć należy), czasem obok ograniczonego zropienia (przypadek 21), uważam laryngofisurę za wskazaną, w celu usunięcia wybujałéj tkaniny. Pozostałe po przebytéj *perichondritis* zwężenia mogą dawać wtedy wskazanie do laryngofisury, jeżeli zapad chrząstek nie jest wielki; struny głosowe (lub przynajmniéj jedna z nich) są na tyle ruchome, że sama szpara głośni jest dostatecznie szeroką, a zwężenie poniżéj niej głównie przez wypukloną na wewnątrz błonę śluzową krtani jest sprawione. Tutaj wycięcie wtłaczającéj się tkaniny z następowem założeniem tamponu może osiągnąć skutek korzystny (przypadek 17-ty). Przy większym zapadzie chrząstek możeby tu czasem wycięcie klina w płycie chrząstki obrączkowéj do rozszerzenia światła krtani przydać się mogło; wogóle jednak przeciw znacznemu zapadowi chrząstek laryngofisura nie wiele pomódz może. W przypadkach takich nie pozostaje więc nic innego jak przeprowadzać systematyczną dylatacyję czopkami Schröttera, która zwykle kilka lat czasu wymaga. Tam, gdzie i dylatacyja do celu nie prowadzi, mogłaby resekcyja Heinowska (wycięcie połowicze krtani) być wskazaną. Przy téj sposobności wspomnieć tu muszę o przypadku zapalenia ochrzęstnéj (*perichondritis cricoidea posterior cum arthritide cricoarytaenoidea dextra)*, w któréj samoistne wyleczenie bez pozostawienia zwężenia po eliminacyi obumarłéj chrząstki nastąpiło. U chorego wykonałem w kwietniu 1884 r. z powodu zwężenia krtani krykotomiję. Nie umiem podać, kiedy nastąpiło u niego pęknięcie ropnia, po tracheotomii bowiem widywałem chorego dość rzadko. W początku 1886 jednakże stwierdziłem u niego utrzymanie ruchomości struny głosowéj lewéj, gdy prawa zupełnie nieruchomą pozostała. Obrzmienia krtani wcale już nie było i chory choć z trudem mógł przy zatkanéj korkiem kaniuli oddychać. Badanie przez ranę tracheotomijną wykazywało na tylnéj ścianie krtani czarniawe ciało obce, z pod błony śluzowéj wyglądające; wyjąwszy takowe przekonałem się, że byłato skostniała i obumarła niemiłą woń wydająca tylna płyta chrząstki obrączkowéj. Następnie wyjąłem podobnež dwa kawałki obumarłéj skostniałéj chrząstki, których wielkość i kształt trójkątny wskazywały, że mamy tu do czynienia z częściami chrząstki obrączkowéj, od płyty ku łukowi przechodzącemi. Tak więc z całéj chrząstki obrączkowéj pozostał tu jedynie łuk przedni, który i tak poprzednio przy krykotomii rozciętym został. Wyjęcia nekrotycznych kawałków dokonałem w obecności prof. Obalińskiego. Dziwna rzecz, że pomimo braku podpory, jaką chrząstka obrączkowa dla chrząstek nalewkowych stanowi, te ostatnie się nie zapadły, a struna lewa zachowała normalną ruchomość (struna prawa pozostała nieruchoma jak dawniéj). Stan ten i po wyjęciu nekrotycznych kawałków pozostał. To też chory potem oddychał tak swobodnie, że wyjąłem mu kaniulę. Obecnie już 4 lata od owego czasu upłynęło, a chory oddycha zupełnie swobodnie i cieszy się normalnym głosem który już w krótkim czasie po dekaniulacyi odzyskał. Przypadku tego nie mogę sobie inaczéj wytłomaczyć, jak tylko przypuszczając skostnienie ochrzęstnéj z tyłu płyty obrączkowéj, przezco nowa podpora dla chrząstek nalewkowych wytworzoną została.

Siódmą grupę przypadków, w których laryngofisura przydatną być może, stanowią mojem zdaniem zmiany gruźlicze w krtani. Jestto zasługą Heryngа, że wykazał, iż wrzody gruźlicze krtani przez chirurgiczne leczenie do zagojenia doprowadzić można. Leczenie to stosuje Heryng na drodze endolaryngealnéj i słusznie, bo przeważna część owrzodzeń gruźliczych, które się do lokalnego leczenia kwalifikują, na téj drodze leczoną być może. Są jednak przypadki, gdzie rozległe zmiany gruźlicze, a zwłaszcza rozszerzanie się ich pod głośnią małe szanse dla endolaryngealnych zabiegów przedstawiają. Wykonanie laryngofisury pozwala nam te wrzody i nacieki gruźlicze dokładniéj i odrazu usunąć. W tych więc przypadkach uważać muszę laryngofisurę za wskazaną. Wskazanie to tem bardziéj ma miejsce, jeżeli już poprzednio tracheotomija wykonana została, albo z powodu towarzyszącéj zmianom gruźliczym duszności jest potrzebną. Nietylko przy zbyt niskiem usadowieniu zmian gruźliczych uważam laryngofisurę za wskazaną, ale zarazem i tam, gdzie takowe endolaryngealnemu leczeniu są dostępne, z powodu jednakże są znacznie posunięte, wielokrotnych zabiegów wymagają. Przypadek nasz 10-ty najwięcéj zatem przemawia. Widzieliśmy tu bowiem po dokonanéj laryngofisurze i wyskrobaniu tak rozległych owrzodzeń, reakcyję nie o wiele większą, niż po każdym poprzednio podejmowanym zabiegu endolaryngealnym. Skutek tu wprawdzie nie był trwałym, uwzględnić jednak należy, że wobec tak rozszerzonych zmian gruźliczych niepodobna było lepszego oczekiwać. Laryngofisura wreszcie podjętą tu została dopiero po kilkakrotnych zabiegach endolaryngealnych, przy których stan chorego szybko się pogarszał; po laryngofisurze zaś nastąpiło bodaj na czas jakiś wygojenie wrzodów. Tem bardziéj więc za wskazaną uważać muszę laryngofisurę tam, gdzie zmiany gruźlicze nie rozszerzają się znacznie pod głośnię, w saméj jednak głośni tak są posunięte, że wielokrotnych cięższych zabiegów endolaryngealnych w ciągu dłuższego czasu wymagają. Zaznaczyć tu jeszcze muszę, że laryngofisurę z następowem wyskrobaniem wrzodów gruźliczych równie jak i endolaryngealne, chirurgiczne leczenie tychże uważam za wskazane tam tylko, gdzie sprawa gruźlicza w płucach zbyt szybko się nie rozwija, gdzie więc można mieć nadzieję, że chory z oczyszczoną od zmian gruźliczych krtanią czas jakiś pożyje.

Ostatnią grupę przypadków, mogących dać wskazanie do laryngofisury, stanowią nowotwory złośliwe (*carcinoma laryngis*). Tutaj należy nasz przypadek 19-ty. Że w tych razach laryngofisura z następowem wycięciem lub wyskrobaniem części nowotworem zajętych mniéj pewne daje wyniki, niż resekcyja Heinowska, a względnie ekstyrpacyja krtani,

to łatwo pojąć. Łatwo bowiem przy téj operacyi cząstki nowotworu pozostać mogą, które następnie do recydywy dają powód. Tak też i w naszym przypadku 19-tym widzieliśmy już w kilka tygodni po laryngofisurze odrastające części nowotworu. Podobnież i doświadczenie innych wykazuje wogóle po laryngofisurze szybszą recydywę, niż po całkowitem albo połowiczem wycięciu krtani. Mimoto jednak w przypadkach wczesnych, choćby nawet nierozpoznanych na pewne, laryngofisurę za wskazaną uważam. Jeżeliby się po dokonaniu takowéj pokazało, że rak zbyt już jest rozrośnięty, by się przy niéj dał usunąć, w takim razie przystąpić możemy do resekcyi lub ekstyrpacyi krtani. Jeśliby nowotwór przy saméj laryngofisurze dał się doszczętnie usunąć, należy z tego skorzystać, zachowując sobie resekcyję lub ekstyrpacyję krtani na wypadek powrotu raka. Zawsze potem chory czas jakiś dość wygodnie żyć może. W przypadkach, co do rozpoznania wątpliwych, gdzie n. p. powracający kilkakrotnie i szybko po endolaryngealnych zabiegach nowotwór każe nam wobec innych danych, jak naprzykład zmniejszenia ruchomości jednéj struny głosowéj itp., rakową naturę sprawy podejrzywać, uważam laryngofisurę za ściśle wskazaną. W razie jeżeli po jéj dokonaniu przekonamy się, że mamy do czynienia z rakiem, możemy go wcześnie doszczętnie usunąć. Jeżeli zaś podejrzenie nasze się nie stwierdzi, zyskujemy to, że możemy usunąć nowotwór dokładniéj, niż przy endolaryngealnym zabiegu, a stąd możemy mieć większą nadzieję, że już więcéj nie powróci. Dlatego też w przypadkach podejrzanych należy laryngofisurę wykonać wcześnie nie czekając na pewność dyagnozy. Jeżeli bowiem przekonamy się, że nie mamy do czynienia z rakiem, nie przynosimy choremu tym zabiegem żadnéj szkody; jeżeli zaś stwierdzimy raka, to tem korzystniéj jest dla chorego, im wcześniéj operacyję wykonamy.

III. O influenzy panującéj z końcem r. 1889 i początkiem 1890 we Lwowie.

Napisał

Dr. O. Widmann.

(Wykład miany na posiedzeniu Tow. Lek. 15/2 1890 r.).

(Dok. Patrz Nr. 22).

Nie będę się rozwodził na tem miejscu, czy zapalenie płuc influencyjne jest wywołane tym lub owym mikroorganizmem, albowiem sprawa ta jest jeszcze nierozstrzygnięta a własnych doświadczeń nie mam.

2) Zapalenie opłucny wikła się także z influenzą i ma podobne cechy jak zapalenie płuc influencyjne, mianowicie te, że występuje i znika nagle tak, iż niema wysięku długo trwałego. Być może, że ma te same przyczyny co zapalenie płuc influencyjne.

3) Bezgłos jako wyraz zajęcia więzadeł głosowych zdarza się również dość często; lecz chorzy odzyskują głos zwykle w przeciągu kilku lub kilkunastu dni jakkolwiek spostrzegałem, że głos powracał dopiero po 5—6 tygodniach.

4) Już w roku 1837 opisywał Haeser, jako częste powikłanie influenzy szczególnego rodzaju osutkę na błonie śluzowéj jamy ustnéj gardła, która zdaniem Biermera nie była niczem innem jak rumieńcem lub pleśniawką. Wedle spostrzeżeń moich opartych na kilku przypadkach mogę z pewnością przeczyć, żeby to były pleśniawki. Złogi białawe występowały w paskach, na języczku, na podniebieniu miękkiem, na migdałkach i tylnéj części gardła, znikały one po mniéj lub więcéj 48 godzinach, a po ich ustąpieniu pozostawały miejsca mocno zaczerwienione i drobno brodawkujące, które późniéj niekiedy zmieniały zabarwienie na ciemno-brunatne, aby po kilku dniach bez śladu zniknąć. Chorzy dotknięci tego rodzaju złogami, których należytym przymiotnikiem nie umiałbym nazwać, mieli zwykle głos ochrypły lub zupełny bezgłos, żalili się na uczucie jakby po oparzeniu z brakiem smaku połączone.

5) Niektórzy autorowie opisują także osutkę na skórze podobną do płonicy, która się łuszczyła. Z opisów niedokładnych nie można wiedzieć, jakiego rodzaju te osutki były. Spostrzegałem pokrzywkę, potówki i liszaj, przeważnie wargowy, lecz w nie wielu przypadkach.

6) Zapalenie ucha środkowego spostrzegałem rzadko: nie widziałem zapalenia jamy Highmora, zaczopowania żył, i szału lub innéj formy psychozy, oprócz jednego przypadku szału opilczego. Natomiast widziałem kilka przypadków nerwobólów, i dwa przypadki zmniejszenia czucia skórnego na miejscach ograniczonych. W jednym przypadku było czucie zmniejszone na szyi po stronie lewéj, na łopatce i przedniéj części klatki piersiowéj po 4-te żebro, niemniéj na ramieniu po téj saméj stronie; w drugim przypadku było zmniejszone czucie skórne po stronie prawéj w okolicy lędźwiowéj i na przedniéj ścianie brzucha. Podwyższenie czucia skórnego spostrzegałem raz na obu stronach brzucha z okolic lędźwiowych.

Czy influenza ma zwiastuny? Jedni twierdzą, że ma, drudzy zaprzeczają temu stanowczo. Prawda zdaje się leżeć po środku; mogą być przypadki bez zwiastunów i te, zdaje się, liczebnie przeważały, w których nagle występuje wysoka gorączka ze znacznem osłabieniem, nie stojącém w związku ze zmianami przedmiotowemi. Może jednak być, że różnica zdań polega na tem, że każda epidemija miała swoje cechy, które w różnych miejscach z różnem występowały nasileniem. Bo to zdaje się nie podlegać wątpliwości, że jakkolwiek obraz choroby w całości był wszędzie równym, to szczegóły były, z przyczyn dotąd niezbadanych, w różnych miejscach bardzo różne.

Zresztą bywały przypadki poronne, które prawie bez gorączki przechodziły nie bez tego jednak, żeby ozdrowienie prędzéj nastąpiło niż w tych, w których początek był bardzo gwałtowny. To też zejście i trwanie choroby było bardzo różne. W niektórych przypadkach przychodzili chorzy prędko do siebie, w innych, chociaż choroba dotknęła zdrowych poprzód, rekonwalescencyja nie tylko że była bardzo wolną, ale wywiązywały się na tle przebytéj influenzy inne choroby, z których suchoty płucne najczęstszemi bywały. Wogóle jednak powiedzieć można, że nawet u osób, które prędko do siebie przychodziły, a były poprzód zdrowemi i silnemi, słyszało się skargi na pewne przygnębienie umysłowe utrudniające pracę umysłową.

Rozpoznanie influenzy, mianowicie wtedy, kiedy już się choroba ta rozwinęła nagminnie, nie podlegało zwykle trudnościom.

Niezawodnie, że nie każda grypa jest już influenzą, którą należy odróżniać od zwykłych, nawet dość ciężkich przypadków nieżytów nosa, gardła, dróg oddechowych, które się na wiosnę lub w jesieni zdarzają, które jednak nie występują z tak znacznem i raptownem osłabieniem ogólnem i z tak wysoką ciepłotą ciała, jak to się w influenzy widzi, lecz nie można także twierdzić, jakoby influenza nie miała nic dla siebie swoistego i że się niczem nie różni od cięższéj grypy. Może to tylko ten twierdzić, który albo nie wi-

dział żadnego przypadku influenzy, albo ktoś, który nie posiada żadnego talentu spostrzegawczego.

Bywają jednak przypadki, w których nie łatwo influenzę rozpoznać. Można ją bowiem z dwiema chorobami zamienić: raz z durem brzusznym, powtóre z suchotami płuc.

Już wyżéj wspomniałem, że bieg ciepłoty w tyfusie brzusznym jest podobny do biegu téjże w influenzy, jak to już Wunderlich w r. 1868 wykazuje. Jeżeli nadto zważymy: znaczny zapad, objawy mózgowe i nerwowe, objawy ze strony jelit, obrzęk śledziony, to w danym przypadku trudno będzie odrazu rozstrzygnąć, czy się ma do czynienia z influenzą, czyli z tyfusem brzusznym. Brak różyczki nie przemawia stanowczo za brakiem tyfusu. Wunderlich, który się li na zachowaniu ciepłoty opiera, powiada: jeżeli ciepłota stale poniżéj granicy tyfusowéj pozostaje, to można u młodych dorosłych wykluczyć tyfus. Jeżeli zaś ciepłota ciała doszła do stopni właściwych tyfusów lub wcale je przekroczyła, co się szczególnie często w gwałtownych epidemijach influenzy zdarza, wtedy przez dni kilka sprawy rozstrzygnąć nie można.

Wedle moich spostrzeżeń, które co do zachowania się ciepłoty ciała zupełnie są zgodne z podanemi przez Wunderlicha, ułatwia rozróżnienie tych dwu chorób: 1) zachowanie się języka i błony śluzowéj jamy ustnéj, która w influenzy jest, jak wyżéj wspomniałem, białawym nalotem obłożona, w tyfusie zaś jest język żółtawym, dość grubym mułem obłożony, a na końcu mocno czerwony; 2) zachowanie się moczu, w którym nawet w bardzo ciężkich przypadkach influenzy są chlorki prawidłowe.

Jeżeli można się w pierwszych dniach choroby wahać, czy w danym przypadku jest influenza czy tyfus, to można, widząc chorego dotkniętego długotrwałą influenzą, w późniejszych tygodniach n. p. 2—4, mianowicie, nie mając dokładnych wywiadów i widząc go po raz pierwszy, być w wątpliwości, czyli to nie suchoty płucne. Chory jest źle odżywiony, mocno się poci, ma gorączkę z wieczornem nasileniem, chrypkę lub bezgłos, kaszel, miał płuć lub pluje jeszcze krwią, w szczycie jest odgłos stłumiony, apetytu brak, stolce są wolne itd., czyż to nie obraz suchotnika? W tych przypadkach rozstrzyga za influenzą: nagłe powstanie choroby, u człowieka przedtem zdrowego, towarzyszące influenzy objawy, panująca influenza, badanie bakteryjologiczne plwocin, jakkolwiek nie jest to ostatnie zawsze za lub przeciw suchotom stanowczo przemawiające, wreszcie przebieg choroby. Nie da się zaprzeczyć jednak, że influenza może stać się przyczyną suchot, jak z drugiéj strony mogę przytoczyć przykłady, że znani suchotnicy przebywali nawet cięższe formy influenzy bez wpływu na dalszy rozwój suchot płucnych.

Jeżeli mowa o leczeniu choroby, która ma za podstawę pewne zmiany anatomo-patologiczne, to zdaje mi się jest wybór tego wyrazu „leczenie“ w stosunku do istoty choroby niewłaściwym. My nie leczymy tyfusu, ospy, zapalenia płuc i t. d., bo to jest rzeczą wprost niemożebną, albowiem żadnym znanym środkiem nie jesteśmy w stanie wpłynąć na skrócenie, przerwanie, złagodzenie lub dobry obrót, (co w końcu na jedno wychodzi) choroby; albowiem wobec trwania i przebiegu tych zmian anatomicznych jesteśmy bezsilnymi. Naszem zadaniem jest podtrzymać siły chorego, o ile to w naszéj mocy, aby chorobę przetrwał i podać warunki higijeniczne, przy których choremu łatwiéj będzie znieść swe cierpienie, usunąć wszelkie szkodliwości i wpływy szkodliwe tak fizyczne jak moralne, a resztę musimy pozostawić dobréj przyrodzie ustroju chorego, bo wielką jest *vis medicatrix naturae.*

Influenza należy bezsprzecznie do chorób, które są okresowe, chorób, które bez przyczynienia się ze strony lekarza tak samo dobrze lub źle przebiegają, na których trwanie podany lek nie ma najmniejszego wpływu, od nabycia których żaden zabieg ochronny nie strzeże. Tem samem łatwo pojąć, jakie mogą mieć wartość wszystkie zachwalane środki lecznicze i sposoby leczenia, z których ogłoszeniami spotykaliśmy się w różnych pismach lekarskich, nawet dziennikach politycznych, podczas trwania epidemii influenzy. Każdy lekarz wie, co ma zapisać przeciw gorączce, przeciw bólom, w razie zaburzeń w narządzie trawienia, a wybór środka jest często zawisły od indywidualnego zamiłowania lekarza do tego lub owego środka. Nie mogę jednak przemilczeć, że widziałem „sposoby leczenia“ influenzy, które bynajmniéj nie zachęcają do naśladowania, stosowane nie przez felczerów lub lekarzy staréj daty, ale przez adeptów najnowszéj szkoły, która się szczyci stać na wysokości wiedzy. Widziałem: stawianie pijawek, baniek, pryszczydeł, które miały wedle wyobrażenia lekarza wrzekomo czy stan zapalny przerwać, czy ból usuwać, a w rzeczy saméj trzeba było potem chorego na złe skutki tych „zabiegów“ leczniczych leczyć. Najmniéj szkodliwych skutków widziałem z baniek, najwięcéj z pijawek. Nie można bowiem nigdy obliczyć, ile pijawka krwi wyssie, nie można znać jéj pochodzenia, a czyż to w dzisiejszych czasach, w których antyseptyka tak ważną odgrywa rolę, może być obojętną rzeczą? czyż można pijawkę sterylizować? pomijam to, lecz pytam, czy można sobie, znając choć trochę anatomii, wyobrazić, że pijawka ta, postawiona na skórze może podziałać korzystnie na sprawę zapalną, odbywającą się w płucach lub w opłucny, czyż ta krew, któréj chorego pozbawiamy przez pijawkę nie jest choremu potrzebną w dalszym przebiegu choroby, czyż chory ten nie utraci jéj przez trwanie choroby, z braku odżywienia? raczéj dodać krwi należałoby, lecz nigdy ujmować!

W influenzy zauważyłem, że oprócz znanych przeciwgorączkowych i ból uśmierzających środków, jakiemi obdarzyły nas ostatnie lata, jakoto: antifebryna, antipyryna, fenacetyna, działały znakomicie na uśmierzenie bólów, wykrztuszanie, gorączkę, kąpiele hydryatryczne dwudziesto-cztery stopniowe, dwuminutowe ze zlewaniem przy końcu kąpieli 22° R. Przytem podawałem stare wino, koniak, kawę czarną, aby podtrzymywać siłę serca i nie mogę jak tylko zalecić to postępowanie oparte na doświadczeniu przeszło w 120 przypadkach influenzy różnego stopnia. Przypadku z zejściem śmiertelnem nie miałem żadnego, pomimo, że było między chorymi wielu w wieku podeszłym, a przy sposobie podanym wyzdrowienie było dużo raźniejsze niż przy innem postępowaniu.

Krótkie te uwagi skreślone powyżéj nie mają być pracą wyczerpującą i nie chcą nią być. Podałem, co widziałem i czego sam doświadczałem i dlatego też nie podałem literatury. Może przyszła epidemija nastręczy sposobność do dokładniejszego poznania anatomii choroby i jéj gorączki; w głównych zarysach i w sposobie leczenia jéj nie wątpię, że zmiana żadna nie zajdzie.

IV. Przyczynek sądowo-lekarski do kwestyi nerwic urazowych.

Podał
prof. Dr. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

Co do 3-iéj: Nie mogę wdawać się w opisanie objawów tak podmiotowych jak przedmiotowych, składających

się na obraz nerwicy urazowéj. Muszę poprzestać na faktach, sprawdzonych przez klinicystów: że wskutek jakiegokolwiek urazu, nie wywołującego wszelako znaczniejszych mechanicznych uszkodzeń ośrodków nerwowych lub poszczególnych nerwów, występować może szereg zboczeń nerwowych, składających się na obraz jednolity, utrzymujących się długo, częstokroć powoli postępujących i kończących się śmiercią lub chorobą nieuleczną; że objawy te występują albo bezpośrednio po urazie, albo też dopiero po upływie pewnego czasu, że się odnoszą zarówno do dziedziny cielesnéj jak umysłowéj, że istota choroby dotąd jeszcze nie jest znaną i tem bardziéj zagadkową, o ile doświadczenie poucza, że ją wywołać może nie tylko mniéj lub więcéj silny uraz mechaniczny, ale i wstrząs psychiczny, gdyż tylko w ten sposób tłomaczyć sobie możemy owe przypadki, w których tak zw. nerwica urazowa powstała skutkiem przerażenia. Przypadki takie przemawiałyby za słusznością zdania tych, którzy chorobę uważają za mózgową; ale i to zdanie nie wiele nam tłomaczy, bo jakkolwiek od dawna wiemy, że obrażenie głowy może w następstwie wywołać psychozę urazową, to jednak zachodzi znaczna różnica między obrazami jednéj i drugiéj choroby. Nie na wiele przyda nam się i porównanie choroby w mowie będącéj ze wstrząśnieniem mózgowem, jakkolwiek czasem zachodzi w obydwóch stanach pewne podobieństwo o tyle, że po urazie zdarza się utrata przytomności, albo przynajmniéj luka pamięciowa; lecz podczas gdy utratę natychmiastową przytomności uważamy za *conditio sine qua non* [1]) rozpoznania wstrząśnienia mózgowego, to w nerwicy urazowéj utrata przytomności zdarza się chyba nader wyjątkowo. Lecz choćby i więcéj było analogii, nie przyda nam się to porównanie, ponieważ istota wstrząśnienia mózgowego dotychczas także nie jest należycie wyjaśnioną. Bądź co bądź dla lekarza sądowego wystarczyć musi fakt, że nerwice urazowe istnieją, tak jak wystarcza dlań fakt istnienia wstrząśnienia mózgowego. Lecz podczas gdy po wstrząśnieniu mózgowem, czy ono wywołało śmierć czy chorobę najczęściéj krótkotrwałą, jest w stanie orzekać prawie z pewnością, czy to przez wykluczenie innéj przyczyny śmierci, czy też na podstawie badania, dopóki objawy jeszcze się utrzymują, a nawet po przejściu takowych na podstawie zeznania świadków, to wobec nerwicy urazowéj lekarz sądowy znajduje się w arcytrudnem położeniu, o ile zazwyczaj bez względu na to, czy badanie odbywa się prędzéj lub późniéj, znajduje się wobec człowieka, nie szczędzącego wprawdzie skarg z powodu licznych dolegliwości, którego badanie atoli nie nastręcza żadnych podstaw dla orzeczenia. Wspomnieliśmy powyżéj, że wtedy podejrzywać symulacyję nie tylko można, ale nawet i wypada i że lekarz sądowy powinien zwlekać rzecz aż do wystąpienia objawów przedmiotowych.

Do objawów przedmiotowych zaliczyćby wypadało głównie zwichnienie umysłu, jeżeli takowe może być stwierdzone i nie zachodzi podejrzenie udawania i przesady, daléj objawy porażenne, świadczące o cierpieniu mózgu lub rdzenia pacierzowego. Ale zmiany te zazwyczaj dość późno występują wybitnie; są jednak czasem objawy przedmiotowo sprawdzić się dające, zwiastujące cierpienie ośrodków nerwowych i na te objawy zwrócić należy przedewszystkiem uwagę. Są to braki czucia zmysłowego (*anaesthesia sensoria*) uwydatniające się: w dziedzinie zmysłu wzrokowego współśrodkowem ścieśnieniem pola widzenia ócz obydwóch, w innych dziedzinach zmysłowych: utratą lub upośledzeniem słuchu, smaku i powonienia, oraz zboczeniami zmysłu mięśniowego, a braki te czucia zmysłowego najczęściej łączą się ze zboczeniami czułości skórnéj (Thomsen i Oppenheim l. c.). Jeżeli więc badanie poszczególnych zmysłów sposobami powszechnie znanemi (a przy organach parzystych każdego z osobna) jest rzeczą ważną, to jednak zmysł wzrokowy pierwszorzędne pod tym względem ma znaczenie, raz z powodu, że ścieśnienia pola widzenia nierównie częściéj się zdarzają, aniżeli zboczenia w innych dziedzinach zmysłowych, powtóre, że według autorów właśnie wspomnianych anestezyje skórne lub zmysłowe nie zdarzają się bez zboczeń pola widzenia, podczas gdy ścieśnienie pola widzenia istnieje częstokroć bez wszelakich zboczeń w dziedzinie czucia skórnego lub reszty zmysłów, a po trzecie, że wynik badania pola widzenia jest o wiele pewniejszym i bardziéj przedmiotowym, aniżeli badanie reszty zmysłów.

O potrzebie badania przyrządu wzrokowego wspomina już Tardieu (l. c. str. 182), jednak kładzie nacisk tylko na badanie wziernikowe, wyrażając się: „*l'examen ophthalmo*-„*scopique lui offrira les plus précieuses ressources, et je dois* „*insister sur l'utile emploi que le médecin légiste peut faire* „*de cette nouvelle et puissante méthode d'exploration*" i powołując się na przypadek, którego badaniem i wykluczeniem symulacyi ślepoty jednostronnéj zajął się na prośbę jego Dr. Gałęzowski. Ale i piszący w 17 lat późniéj Vibert poprzestaje na powtórzeniu za Erichsenem, iż u chorych w mowie będących zdarzają się czasem: prawdziwy światłowstręt, zboczenie akomodacyi, muszki latające, plamy, pierścienie barwne, dwuwidzenie i zezowatość (l. c. str. 45). Ale zboczenia te, które po części natychmiast wpadają badanemu w oczy i że tak powiem, same proszą się o zbadanie, mniejsze mają znaczenie; są inne, których — jak trafnie powiada Strümpell — lekarz szukać musi szczególnie, ponieważ obecność ich łatwo może ujść uwagi lekarza. Czasem chory wcale nie uskarża się na jakiekolwiek zboczenia wzrokowe, co najwięcéj na szybsze męczenie się przy czytaniu i pisaniu; badanie za pomocą wziernika może albo żadnych nie wykazać zmian przedmiotowych, albo co najwięcéj mierne przekrwienie siatkówki, o którem nie wiemy, czy nie istniało i przed doznanym urazem, badanie bystrości wzroku również może podać wynik ujemny, a raczéj wykazać bystrość prawidłową lub mało co mniejszą od prawidłowéj, a mimo to nie mamy jeszcze prawa twierdzić, że nie ma żadnych zmian w przyrządzie wzrokowym. Jeżeli bowiem szukamy gruntowniéj, jeżeli poddajemy chorego badaniu za pomocą perymetru, przekonywamy się, że pole widzenia okazuje ścieśnienie jużto co do światła białego, już też to częściéj co do barw,

---

[1]) Przypadek, którego niedawno byłem świadkiem, pouczył mnie atoli, że i tu zdarzają się wyjątki od prawidła. Skutkiem przewrócenia się wozu osoba pewna doznała silnego stłuczenia głowy i twarzy; przytomności ani na chwilę nie utraciła, odrazu przeciwnie podniosła się, troszczyła się o współtowarzyszów, przeszła sama bez cudzéj pomocy do pobliskiego domu, tam atoli zaczęła dopytywać się, co właściwie się stało i nie miała wyobrażenia właściwego o przypadku. Luka ta pamięciowa była trwała, bo i późniéj samego przypadku więcéj sobie nie przypominała, choć innych następstw nie było. Podobny przypadek opisuje Vibert (l. c. str. 71) po zderzeniu w Charcoton: „*Il* (mężczyzna 45-letni) *ne perdit pas connaissance, mais cependant* „*il y a une lacune dans ses souvenirs; il n'a jamais pu dire* „*comment il était sorti du wagon, comment il s'était trouvé* „*sur le quai de la gare. Il assiste au sauvetage des voya*-„*geurs, et il put aller seul prendre le tramway pour rentrer* „*à son domicile.*" U tego człowieka bezpośrednio potem zaczęły występować ciężkie objawy mózgowe.

głównie czerwonéj i zielonéj. Odkrycie to nietylko daje nam podstawę do stanowczego wykluczenia symulacyi, ale jest ważnem także dla tego, że kontrolując od czasu do czasu pole widzenia możemy przekonać się o polepszeniu się lub pogorszeniu choroby. Wszakże pamiętać o tem należy, że anestezyje zmysłowe występują w rozmaitych chorobach nerwowych, a więc w padaczce, macinnictwie, pląsawicy, neurastenii, w alkoholizmie, w nerwicach urazowych itd., że one mogą być stałemi lub też przemijającemi, że więc same przez się nie dowodzą jeszcze istnienia nerwicy urazowéj, lecz przemawiają za istnieniem cierpienia nerwowego w ogóle, jako też nie rozstrzygają jeszcze o prognozie (Thomsen i Oppenheim l. c). To samo tyczy się innego, cennego pod względem rozpoznawczym, objawu ocznego, a mianowicie tak zw. odruchowéj nieruchomości źrenicy (*Reflectorische Pupillenstarre*), polegającego na tem, że źrenica zwężona nie oddziaływa na światło, podczas gdy ruchy akomodacyjne odbywa. I ten objaw przemawia za obecnością ciężkiego schorzenia ośródków nerwowych, w szczególności rdzenia pacierzowego, mogącego być następstwem *railway spine and brain*, ale nie dowodzi samej nerwicy urazowéj. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Dr. Rosin (Wrocław): *Plasmodium malariae.*

Wrocławski prof. Rosenbach przekonał się osobiście bawiąc przeszłego lata w Ameryce, że przez Laverana odkryte bakteryje, znajdujące się we krwi zimnicą zakażonych, nie są fikcyją, ale że i dalsze badania w tym kierunku przez lekarzy amerykańskich Concilmana, Oslera i Welcha podjęte i wyniki takowych zupełnie z rzeczywistością się zgadzają. Odpowiednie preparaty mikroskopowe przywiózł ze sobą Rosenbach do Europy i polecił asystentowi swemu Drowi Rosinowi stwierdzenie i powtórzenie amerykańskich badań. Tymczasem lekarze włoscy i rosyjscy jak Marchiafava, Celli i Miecznikow otrzymali już także potwierdzające wyniki. W styczniu z. r. badał Rosin po raz pierwszy krew na malaryję cierpiącego i znalazł co następuje: Pomiędzy innemi normalemi ciałkami krwi znajduje się pewna ilość bledszych ciałek, we wnętrzu swojem gromadę drobniutkich, brunatnych jąderek zawierających. Jąderka te poruszały się zamieniając swe miejsca i nawet z jednego ciałka w drugie emigrowały. Przy silniejszem oświetleniu można się było przekonać, że jąderka te były umieszczone w środku komórki, zmieniającéj wskutek ciągłych ruchów ameboidowych kształt swój. W niektórych ciałkach krwi były takie same komórki bez ziarnek. Także po za obrębem ciałek krwi widziano pewną ilość tychże ustrojów jużto przepełnionych jąderkami jużto pustych. Ilość ich zmniejszała się w miarę oddalenia czasu od wstępnego dreszczu. Po paroksyzmie widziano także znacznie powiększone ciałka krwi o powierzchni zmienionéj i nierównej, pewną ilość tych ustrojów zawierające, które więc niczem innem nie były, jak fagocytami. Nie podlega wątpliwości, że owe ustroje czyli plasmodyje malaryczne, jak je Marchiafava pierwszy nazwał, są natury pasorzytniczéj i jako takie za główną przyczynę zimnicy uważać je należy. Na samym końcu podaje Rosin szczegółowo całą technikę postępowania przy dobywaniu krwi i badaniu jéj pod mikroskopem, jako też barwieniu i utrwalaniu preparatów, a ciekawych postępowania tego odsyłamy do 16-go zeszytu *D. m. Wochft* z r. 1890. Tak więc w pracowni prof. Rosenbacha po raz pierwszy w Niemczech udowodniono obecność pasorzytów w krwi zimnicą dotkniętych i tym sposobem stwierdzono w zupełności badania lekarzy amerykańskich, a skeptycyzm lekarzy niemieckich, jaki dotychczas temu odkryciu towarzyszył, stanowczo będzie musiał ustąpić. (*Deut. med. Woch.* 1890, Nr. 16).

Choroby wewnętrzne.

Dr. Neudörfer: *Spirotherapia.*

W r. 1882 w celu zmniejszenia niebezpieczeństw grożących wśród narkozy chloroformowéj, mięszał Neudörfer chloroform z tlenem w osobnym przyrządzie i tak dopiero sporządzony do inhalacyi używał. Wtedy to zrobił spostrzeżenie, iż narkotyzując za pomocą tego aparatu i téj mięszaniny, daleko mniéj chloroformu za każdorazowem użyciem mu wychodziło, niż przy narkotyzowaniu za pomocą zwykle używanego kosza flanelowego. Przerwane, a w ubiegłym roku na nowo podjęte doświadczenia, miały na celu oznaczenie stałéj ilości chloroformu, jakiéj potrzeba do wywołania kompletnego uśpienia. Posługując się ulepszonym przyrządem doszedł N. do wniosku, iż 3 kub. ctm. wystarczają do wywołania znieczulenia, przyczem tylko 3 mgrm. chloroformu w krew wchodzą. Konieczną jest jednak rzeczą, aby powietrze wdychiwane nie zawierało więcéj niż $^1/_2$ do 1% pary chloroformowéj. Wystarczało 7 do 15 wdechów, przyrządem tym usypiając, do sprowadzenia uśpienia. Czy płuca tylko ciała lotne tak szybko organizmowi przyswajają, czy też i wobec płynnych tak samo się zachowują — oto pytanie, które teraz nasunąć się musiało. Arnold wykazał, iż ciała rozpylone w drobne kulki wprost z pęcherzyków płucnych w naczynia krwionośne się dostają, Nothnagel nareszcie wstrzykiwał zwierzętom do tchawicy ich własną krew, która w 5 minutach zostawała częściowo wessaną. Sehrwald wstrzykiwaniem w płuca rozczynu cukru lub białka sprowadzał chwilową cukrzycę lub białkomocz. Jest to dowodem, że płuca nadzwyczaj szybko ciała do nich sprowadzane obiegowi krwi oddają. Na téj prawdzie się opierając, chce Neudörfer wprowadzać znaczną część różnych leków drogą płuc i w tym celu wymyślił przyrząd, który rozpylone leki w głąb płuc drogą oskrzeli i pęcherzyków organizmowi przyswaja. Metodę tą nazwał spiroterapią. Dotychczas stwierdził, że jest to najlepszy sposób wprowadzania leków, albowiem działanie jest szybsze nawet niż w strzykiwaniach podskórnych. I tak, jedna setna część dawki wewnętrznéj *per os* i jedna piąta dawki podskórnéj równoważy dawkę płucną, czyli że wprowadzając lek płucami w celu osiągnięcia tego samego skutku potrzebujemy użyć tylko setnéj części oznaczonéj dawki wewnętrznéj, a piątej części podskórnéj dawki tego samego leku. Dotychczas stosował N. za pomocą tego przyrządu 30 leków, i przyszedł do tego przekonania, że tą drogą otrzymuje się natychmiastowe skutki, takie same jakbyśmy lek w prost w żyły wstrzykiwali. Biednym więc możemy dziś zapisywać już leki drogie, albowiem dawka o $^1/_{100}$ się zmniejszyła. Przyrząd ten jeszcze ma tę dodatnią stronę, iż reformuje kompletnie dotychczas za pomocą niedołężnych aparatów stosowane wziewania. Przytaczając w końcu swéj pracy szczegółowy opis wraz z rysunkiem swego przyrządu (wyrabia go I. Leiter w Wiedniu), wzywa N. lekarzy do powtarzania doświadczeń w celu rozpowszechnienia i udoskonalenia téj metody zadawania lekarstw. (*Wr. kl. Wschft.* N. 15, 16, 17, 1890). *Dr. Mendelsburg.*

Chirurgija.

Gessler: **Przyczynek do nauki leczenia naczyniaków.**

G. podaje, że w ostatnich dziesiątkach lat obserwowano w klinice tübingskiéj 213 chorych z naczyniakami, z tych 151 kobiet i 62 mężczyzn. Usadowienie naczyniaka było 154 razy na twarzy, szyi i uszach. Dla porównania posługuje się 1044 chorymi obserwowanymi w innych klinikach, a rozporządzając materyjałem 1267 chorych, dochodzi do wniosku, że:

1) naczyniaki występują dwa razy częściéj u kobiet niż u mężczyzn;

2) najczęstszem miejscem ich usadowienia jest głowa (76%), daléj tułów (11%), kończyny (9%) — a wreszcie szyja (3%).

W najcięższych przypadkach stósowano leczenie elektropunkturą według metody Brunsa. Przez podstawę naczyniaka przeprowadzano na krzyż dwie igły platynowe, łączono je ze stosem i przepuszczano prąd stały przez 10 minut. W końcu zakładano opatrunek jodoformowy, a jeżeli zachodziła potrzeba, powtarzano elektropunkturę za 1—2 miesięcy. Z dziesięciu przypadków cytowanych przez G. u siedmiu mimo znacznego rozszerzenia się sprawy chorobowéj w głąb

i wszerz, nastąpiło zupełne wyleczenie z pozostawieniem pięknéj blizny, jeden jest w leczeniu, a o dwóch nie można było zasięgnąć bliższéj wiadomości. W końcu nadmienia G., że leczenie elektrolizą winno mieć w zastosowaniu pierwszeństwo przed innemi metodami przy rozległych naczyniakach. *(Inaug. Dissert. Tübinga).* *Dr. Kurasiewicz.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne XIV. w dniu 22 stycznia 1890 r.

Przewodniczący prof. Korczyński. Członków obecnych 16.

1) Przewodniczący zdaje sprawę ze stanu Towarzystwa w roku 1890. Z końcem roku 1888 było członków honorowych 2, czynnych 122 i prenumeratorów 92, razem 216. W ciągu roku 1889 prof. Oettinger mianowany został członkiem honorowym, wystąpiło dwóch członków czynnych, a zmarło 4-ech członków czynnych (Drowie: Bortkiewicz, Gajkowski, Rybczyński i Smoleński) i jeden prenumerator (Dr. Halski). Przybyło 9-ciu prenumeratorów (Drowie: Józefczyk, Kaczorowski, Lisowski, Marcisiewicz, Machcewicz, Opieński, Rosenzweig, Szajna i Zanietowski). Z końcem roku 1889 liczy więc Towarzystwo członków honorowych 3, czynnych 115, prenumeratorów 100, razem 218. Podręcznik do rozbioru moczu Dra Wiczkowskiego rozesłany został członkom i prenumeratorom jako bezpłatne premijum za rok 1888. Z powodu wyczerpania nakładu Hydroterapii Doc. Smoleńskiego, wydanéj w r. 1884, wydano drugie wydanie tego dzieła, znacznie powiększone i poprawione. Wydanie to nabywać mogą członkowie i prenumeratorowie wydawnictwa po cenie 1 złr. 60 cent., podczas gdy cena księgarska wynosi 2 złr. 50 cent. Cenę higijeny szkolnéj Dr. Żulińskiego zniżono z 1 złr. 60 cent. na 1 złr., chcąc w ten sposób zarządom szkół ułatwić nabywanie tego cennego i pożytecznego dzieła. Sprzedaż dzieł dotychczas wydanych postępuje prawidłowo, a trzy dzieła t. j. Guttmanna, Steinera i Smoleńskiego, I. wyd. zostały rozsprzedane i przyniosły Towarzystwu zysk czysty po strąceniu kosztów nakładu.

2) Przewodniczący poświęca wspomnienia zmarłym członkom i prenumeratorom, a przedewszystkiem Doc. Smoleńskiemu, który bezpłatnem odstąpieniem swego dzieła poparł cele Wydawnictwa i Dr. Bortkiewiczowi, który testamentem przekazał Wydawnictwu 100 rs. Zgromadzeni przez powstanie oddają cześć zmarłym.

3) Komisyja kontrolująca (Dr. Buszek i Dr. Ściborowski) znalazła rachunki Wydawnictwa za r. 1888 i stan kasy w zupełnym porządku. Na podstawie tego udzielono zarządowi Wydawnictwa absolutoryjum za r. 1888.

4) Do sprawdzenia rachunków z r. 1889 wybrano tę samą komisyję kontrolującą.

5) Administrator zdaje sprawę ze stanu wydawnictwa. Ze sprawozdania tego okazuje się, że wartość nie rozsprzedanych nakładów wynosi 3706 złr. 10 cent.

6) Skarbnik Doc. Grabowski przedstawia stan funduszów: w roku 1889 dochód wynosił 1038 złr. 71 ct. (składki roczne członków 378 złr. 87 ct., dar Dr. Bortkiewicza 126 złr. 75 ct., dochoód ze sprzedaży dzieł 307 złr. 70 ct., procenta od kapitałów 225 złr. 39 ct.); rozchód wynosił: 987 złr. 67 ct. (reszta nakładu podręcznika do rozbioru moczu Dr. Wiczkowskiego 456 złr. 43 ct., (cały nakład kosztował 656 złr. 43 ct.), nakład 2-go wydania hydroterapii Smoleńskiego 350 złr. 31 ct., druki i wydatki kancelaryjne 9 złr. 85 ct., rozsełka dzieł 21 złr. 08 ct., wynagrodzenie administratora 150 złr.); nadwyżka dochodu wynosi więc 51 złr. 04 ct. Ponieważ majątek Wydawnictwa z końcem roku 1888 wynosił 5458 złr. 97 ct, przeto po dodaniu nadwyżki dochodu zeszłorocznego majątek Towarzystwa w dniu 1 stycznia 1890 r. wynosi 5510 złr. 01 ct, które złożono w części w obligacyjach pożyczki krajowéj i krajowego funduszu propinacyjnego, w części w książeczkach wkładkowych krak. kasy oszczędności i krak. Tow. zaliczkowego.

Sekretarz: *Dr. J. Surzycki.*

VII. Zakopane jako miejsce klimatyczne.

Napisał

Dr. Stanisław Ponikło.

Docent U. J. i c. k. lekarz powiatowy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

c) Choroby narządu oddechowego.

Zdawałoby się *a priori*, że rozedma płucna nie powinna znosić z korzyścią rozcieńczonego powietrza górskiego. Doświadczenie jednak zadaje temu kłam, gdy w rzeczywistości klimat górski oddziaływa bardzo zbawiennie na przypadki rozedmy u ludzi średniego wieku, zwłaszcza rozedmy łżejszego stopnia: częstość oddechów konieczna w atmosferze rzadszéj, łatwość i wydatność wydechu, systematyczne ćwiczenie mięśni oddechowych przeważa tu na szali działania przeciw rozwojowi dalszemu rozedmy, która wszakże cechuje się przedewszystkiem niedomogą wydechową, że już ogólne wzmacniające działanie klimatu pominę. Towarzyszący nieżyt oskrzelowy łżejszego nasilenia nie stanowi tu żadnego przeciwwskazania — i owszem bywa pod wpływem czystego powietrza uśmierzanym i usuwanym.

Jednak przypadki rozedmy u ludzi starszych daleko posuniętéj, z rozległym zastarzałym nieżytem oskrzelowym, z rozstrzeniami oskrzeli, jeżeli zwłaszcza chociażby najlżejsze oznaki poczynającéj niekompensacyi, czy to w upośledzonéj akcyi serca, czy pod formą duszności trwałéj lub napadów duszności (z wykluczeniem duszności na tle czysto nerwowem), czy też jako obrzmiewanie surowicze odnóg dolnych są dostrzegalne — wcale do Zakopanego się nienadają: mogą tu doczekać się chyba pogorszenia, lub nawet zupełnego zniesienia niepowetowanego kompensacyi.

Gdy w pierwszych przypadkach utkanie płucne zdoła jeszcze pod wpływem działania alpejsko klimatycznego wzmocnić się i przeciwdziałać sprawie zanikowéj, w drugiéj seryi przypadków, gdzie spustoszone ściany pęcherzyków płucnych już wskrzeszonemi być nie mogą, a chodzić tylko może o podtrzymanie równowagi w krążeniu, klimat alpejski jest nazbyt energiczny i nazbyt podniecający, aby mógł choremu ulgę sprawić. Znane mi są takie przypadki rozedmy płucnéj niedostatecznie kompensowanéj, w których chorzy nie znosili zupełnie klimatu w Zakopanem i z wyraźnem pogorszeniem do domu powrócili — bo oczywiście znosić go nie mogli. Natomiast w przypadkach dotąd kompensowanych klimat górski, wzmacniając dzielność serca, może przyczynić się do utrwalenia kompensacyi.

Przy leczeniu rozedmy poczynającéj w klimacie górskim spirometer i pneumometer będą środkami rozpoznawczemi, jak choremu klimat służy: grubszem badaniem fizycznem małych różnic nawet najbieglejszy nie wykaże.

Dusznica nerwowa (*asthma n.*), niepowikłana ze znaczniejszą rozedmą, lub głębszemi zmianami w sercu, lub mięśnia sercowego, świetne czasem odnosi wyniki w klimacie alpejskim: napady albo zupełnie ustępują, lub stają się rzadszemi i łagodnieją dzięki czystości powietrza wdychiwanego i wzmocnieniu układu nerwowego, zmniejszającemu wygórowaną wrażliwość odruchową. Naturalnie chorzy dusznicowi winni jak najściśléj przestrzegać szczegółowych wskazówek co do zachowania się przez lekarza im udzielonych.

Nieżyty oskrzelowe przewlekłe, u ludzi zresztą zdrowych, mniejszego nasilenia, ulegają polepszeniu w klimacie alpejskim i nadają się do leczenia tamże; nieżyty rozległe, zwlaszcza także krtani i tchawicy dotyczące, z rozstrzeniami oskrzelowemi, które już ogólne wyniszczenie i niedokrewność sprowadziły, nie zniosą klimatu alpejskiego; jeżeli gdzie, to w tych właśnie przypadkach pobyt w miejscowościach nadmorskich i południowych lub w miejscach zdrojowych alkalicznych niżéj położonych o ciepłocie jednostajnéj, wśród lasów szpilkowych działać będzie dodatnio.

Uzdrowieńcy po zapaleniu płuc włóknikowem, lub nieżytowem pierwotnem, lub wikłającem choroby zakaźne, np. dur brzuszny, które wprawdzie zupełnie ustąpiło, lecz pozostawiło po sobie wątłość miejscową utkania płuc, zwłaszcza w wieku młodszym, mogą niemałe korzyści uzyskać w Zakopanem. To samo rzec można o pozostałościach po zapaleniach opłucnéj, bądź w formie surowiczych wysięków,

bądź przerostu łączno-tkankowego: klimat alpejski drogą podnieconego krążenia krwi i limfy w dobranych przypadkach dopomoże wessaniu wytworów chorobowych, nadto może przeszkodzić zagnieżdżeniu się w zwątlonym miąższu płucnym drobnoustrojów gruźliczych i w ten sposób działać zapobiegawczo. A i Jaszczurówki w takich przypadkach doświadczyć warto.

d) Choroby narządu krążenia.

Naturalnem jest, że może tu być o tyle mowa o zboczeniach krążenia, o ile polegają na niedostatecznem lub wadliwem działaniu mięśnia sercowego i stąd pochodzącem upośledzeniu mechanizmu serca, jako (hydrostatycznie oceniając) pompy ssąco-tłoczącéj. Poprzednio już wyjaśniono, że klimat alpejski już w spokoju czynność oddychania i energiję akcyi sercowéj potęguje Wszelkie tedy choroby serca, które celem zrównoważenia rozdziału krwi po ustroju wymagają pomnożenia pracy mechanicznéj serca, innemi słowy wzmożenia dzielności mięśnia sercowego, mogą odnieść korzyści z działania klimatu tego, luboby organiczne zmiany nie dopuszczały zupełnego wyleczenia.

Tu należy przedewszystkiem poczynające stłuszczenie mięśnia sercowego na tle niedokrewności ogólnéj, lżejszéj błednicy, po ciężkich chorobach zakaźnych, wątłe serce, jako towarzysz skłonności ustrojowéj do gruźlicy, przypadki zacieśnienia krążenia płucnego skutkiem skrzywień stosu pacierzowego, nareszcie i wady sercowe organiczne, lecz te tylko, które są zdolne zupełnéj kompensacyi i gdzie stan ogólny nie stanowi przeciwwskazania.

Wady sercowe dłużéj trwające z objawami wyraźnemi niekompensacyi, u osobników źle odżywionych lub mocno niedokrewnych, u ludzi wieku podeszłego, tętniaki tętnicy głównéj i wielkich naczyń, rozległe i głębsze zmiany miażdżycowe, głębokie zmiany odżywcze mięśnia sercowego, np. znaczne stłuszczenie, z zasadniczych względów stanowią przeciwwskazanie zastosowania klimatu alpejskiego i do Zakopanego wcale się nie nadają.

Oprócz klimatu wskazały nam prace M. Oertla [1]) nowy, dawniéj nie wyzyskiwany czynnik leczniczy we właściwościach terenu miejscowości górskich. Nie tu miejsce rozpatrywać szczegółowo teoryję Oertla, zresztą już bardzo rozgłośną, przytaczać *pro* i *contra*: pragnący bliżéj zapoznać się z rzeczą znajdzie w oryginalnych dziełach autora szczegóły, ich uzasadnienie i wyniki praktyczne.

W zasadzie zapatrywanie Oertla jest następujące: Mięsień sercowy ulega tym samym prawidłom, co każdy inny mięsień ciała; celem wzmożenia jego dzielności potrzebnem jest: 1) stosowne, racyjonalne i energiczne odżywienie jego włókien; nakładanie mu stopniowe coraz to większéj pracy i pobudzanie do silniejszych i skuteczniejszych skurczów, jednem słowem istna gimnastyka mięśniowa serca; 3) gdy mięsień sercowy, jako od woli niezawisły, usuwa się z pod naszego bezpośredniego rozporządzenia, znachodzimy przecież odpowiedni środek pośredni w téj mierze, a tym środkiem jest: chodzenie wstępujące po równi pochyłéj, maszerowanie, spinanie się po wzgórzach i górach. Odbywanie systematycznych marszów przyspiesza krążenie żylne ku sercu prawemu, a potęgując siłę i wydatność wdechu pomnaża przypływ krwi do płuc i ułatwia przez to obfitsze zaopatrywanie w krew układu tętniczego, objawy te zaś są niezbędne celem wyrównania zboczeń w krążeniu i wzmocnienia zdolności mięśnia sercowego do właściwéj mu pracy mechanicznéj. 4) Miejscowości górskie i alpejskie nadają się najlepiéj do tego „terenowego“ leczenia, zwłaszcza takie, które mają równocześnie zalety klimatyczne, jak mechaniczne i bakteryjologiczna czystość powietrza, względna suchość i mniejsze ciśnienie powietrza, ułatwiające wykonywanie pracy mięśniowéj. Oto *succus et essentia* zapatrywań Oertla.

Wprawdzie dotąd podzielone są zdania o skuteczności, a nawet zasadniczéj wartości Oertlowskiego sposobu leczenia lub poprawiania terenem wad sercowych, wprawdzie pytanie: czy spokój alboli gimnastyka mięśnia sercowego jest racyjonalnem *„palliativum“* w chorobach serca, wyczekuje zamknięcia aktów umiejętnych (ilość przypadków wykazujących krytycznie dodatnie wyniki tego leczenia dotąd w literaturze nazbyt szczupła), jednak ze względu na rozgłos sprawy nie będzie od rzeczy wyjaśnić, czy i w Zakopanem leczenie *à la* Oertel stosowanem być może.

Wiadomo, że wzmacnianie mięśnia sercowego według Oertla ma się odbywać systematycznie, stopniowo tak, jak n. p. zwykła gimnastyka mięśni barku ciążkami, z tą różnicą, że „dawką“ leczniczą będzie tu pewna jednostka pracy zadana mięśniowi sercowemu do spełnienia przy wstępowaniu po równi pochyłéj w górach. Jednostka ta zależy: 1) od długości drogi odbytéj n. p. $\frac{1}{2}$, 1, 2, 3 kilometrów; 2) od stopnia wznoszenia się drogi, czyli od wielkości kąta, jaki droga tworzy z poziomem; 3) od chyżości postępowania po téj drodze, względnie od czasu marszu n. p. 10, 20, 30 minut itd. Im dłuższa droga przebyta, im znaczniejsze wznoszenie się drogi, im większa chyżość marszu, tem większa praca mięśniowa przez serce dokonana. Z tego punktu widzenia rozróżnia Oertel drogi przechadzkowe: 1) prawie poziome, 2) o łagodnem wznoszeniu się, 3) mocno wznoszące się, 4) strome.

Pomijając drogi „prawie poziome, których nie brak nigdzie, przykładem drogi o łagodnem wznoszeniu się byłaby w Zakopanem droga od mostu poniżéj kościoła parafijalnego do Kuźnic, droga na 4000 m. długa, przedstawiająca wzniesienie ogólne na 1800 m., zatem średnie wznoszenie się $4\frac{1}{2}$%-owe, dosyć jednostajnie rozdzielone. Droga ta dobra, w pierwszéj połowie polem otwartem, daléj częścią wśród lasu szpilkowego wiodąca nadawałaby się wybornie do ćwiczeń terenowych; liczne domostwa dają sposobność do schronienia się na przypadek nagłéj słoty.

Droga przechadzkowa mocno wznosząca się mogłaby być stosownie urządzoną na Gubałówkę, wzgórze na północ od Zakopanego 1125 m. wyniosłe ponad poziom kościoła; odległość w prostéj linii od kościoła na grzbiet góry wynosi 1500 metr., zatem stopień wznoszenia się średniego w prostéj linii wynosi 19°, który przez urządzenie dobrego, wężowato wijącego się chodnika lub ścieżki, może być dowolnie złagodzony. Wzgórze to bardzo bliskie, że środka wsi łatwo dostępne, zwrócone ku południowi, o gruncie dozwalającym na łatwe urządzenie dróg przechadzkowych, bardzo a bardzo nadaje się do doświadczenia postępowania Oertla.

Nareszcie dobrym przykładem dróg stromych byłby Boczań od Kuźnic 1280 m. wyniosły, 280 m. ponad Kuźnice; z Kuźnic na grzbiet w prostéj linii 1150 metr., zatem stopień średniego wznoszenia się = 24·3°. Możnaby jeszcze wiele innych dostępnych dróg wskazać, atoli powyższe 3 odpowiadałyby wymogom Oertla w zupełności.

Celem urządzenia dróg przechadzkowych *à la* Oertel potrzebaby: 1) odpowiedniemi znakami (na kamieniach, drzewach n. p. czerwoną barwą) oznaczyć części drogi stanowiące niejako poszczególne dawki lecznicze, uwzględniając (dokładnem obliczeniem) stopień wznoszenia się drogi w różnych jéj odcinkach, t. j. odległości wymagające pewnéj oznaczonéj pracy mięśniowéj w ogóle, a w szczególności pracy mięśnia sercowego: przytem oczywiście tem mniejsza długość drogi przypadnie na taki jeden dział, im znaczniejsze jest wznoszenie się. 2) Urządzić liczne altany (mogą być bardzo skromne i prymitywne) w miejscach, gdzie brak bliskich domów mieszkalnych, celem schronienia się podczas nagłéj sloty i burzy (urządzenie licznych ławek do wypoczynku uważa Oertel za niekonieczne, kładąc nacisk na tę okoliczność, że należy przy odbywaniu marszów leczniczych odpoczywać stojąco). 3) Wypracowanie i wydanie małych podręcznych map oznaczających rozpołożenie drożyn, do leczenia terenem służących, i poszczególne równo-wartościowe ich działy za jednostkę marszu uznane, najlepiéj kreślonych sposobem hypsometrycznym (dla osób inteligentnych bardzo miłe i pożądane).

Wobec nieznacznych kosztów wartoby tymczasem chociaż sposobem najprostszym pourządzać i poznaczać takie drożyny w Zakopanem — tyle pewna, że w Zakopanem od późnéj wiosny do wczesnéj jesieni leczenie sposobem Oertla

---

[1]) M. J. Oertel, *Handbuch der allg. Therapie der Kreislaufsstörungen 3 Aufl.* — Tenże, *Ueber Terrain-Curorte Leipzig* 1886.

mogłoby się odbywać bardzo dobrze i zbyteczna w téj porze wyprawiać chorych celem samego tylko leczenia terenem za granicę. Bardzo dokładnie i umiejętnie wytknięte drożyny według Oertla znachodzą się w Meranie, Arco, Bozen, także i Szmeksie, jeżeli się nie mylę i wielu innych miejscach klimatycznych.

Sposób szczegółowego przeprowadzenia leczenia terenem (jakość kroków, konieczność odpoczywania stojąco celem zapobieżenia nagłemu zacieśnieniu zakresu krążenia małego, jakie po usiąściu bezpośrednio po znużeniu mięśniowem z powodu podania przepony ku górze następuje, zachowanie się dyjetetyczne, uszczuplenie ustrojowi wody i płynów, odzież itd. itd. pomijam, odsyłając ciekawego do dziełka Oertla poniżéj podanego. (Dok. nast.)

VIII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Prof. K. B. Lehmann i Dr. F. Jessen: **Działanie trujące powietrza wydechowego.**

Obydwaj badacze przyszli co do działania trującego powietrza wydechanego do następujących wyników: Wprawdzie wydziela człowiek przy oddechaniu nikłe ślady istot organicznych, lecz na razie nie można nic dokładnego powiedzieć o ich składzie chemicznym i ich własnościach trujących, czy w ogóle należą może do lotnych alkaloidów. Jest prawdopodobnem, że ono tak jak i prawie wszystkie inne wydzieliny ciała ludzkiego są dla zdrowia ludzkiego szkodliwe — lecz tego za pomocą doświadczeń na zwierzętach i ludziach dotąd wykazać nie można, zaś doświadczenia Brown-Séquarda i d'Arsonvala w tym kierunku doprowadziły do fałszywych wyników i nie dowiodły ich twierdzenia. Nie można dowieść wprost szkody dla zdrowia z parowania brudnéj, pocącéj się skóry, ani też takich sukien. Wprawdzie oddechanie takiem powietrzem było przez pierwszy kwadrans bardzo nieprzyjemnem, wywoływało odrazę, lecz późniéj uczucia tego nie było. Tłomaczą oni działanie złego zużytego powietrza w ten sposób, że przy niem działa wysoka ciepłota, nasycenie wielkie powietrza parą, promieniowanie ciepła odmienne i organiczne ciała odrażające, dające się łatwiéj stwierdzić za pomocą powonienia, aniżeli za pomocą środków chemicznych. Jeżeli czynniki te działają na osłabiony ustrój, albo okazujący podniecą idyjosynkrazyję, to łatwo zrozumieć omdlenie i inne przypadłości nagabujące osoby przy oddechaniu zepsutem powietrzem. Jeżeli nastaje schorzenie skutkiem przebywania przez czas długi w przestrzeniach zamkniętych, to może je tłomaczyć brak ruchu, albo ruch niedostateczny, żywienie nieodpowiednie, brak światła słonecznego i wpływów zmiennéj ciepłoty, która hartuje i pobudza; czynniki te odgrywają równie ważną rolę jak i skład chemiczny powietrza. (*Archiv f. Hygiene*. Bd. X, H. 3). *Dr. Buszek.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 5-go czerwca. Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lek. krak. przyjętym został na członka czynnego Tow. Dr. J. Siedlecki. Poczem kol. Mars opowiedział ciekawy przebieg porodu bliźniaczego, kol. Gross przedstawił osobliwe zmiany na tęczówce u królika, któremu zaszczepił był promienicę. Wreszcie tenże kolega okazał gorsety własnego wyrobu ze szkła wodnego.

Na posiedzeniu z dnia 21-go maja został przyjęty na członka Tow. Dr. Schneider.

* **Drugi Zjazd chirurgów polskich.** W dalszym ciągu zapowiedział

13. prof. Obaliński wykład „o nowym sposobie resekcyi stępu" (*resectio tarsi*).

* W Cieplicach czeskich do dnia 29-go maja było gości 1214.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Utrecht.** Docent wiedeński i asystent prof. Billrotha, Dr. Fryderyk Salzer, mianowany profesorem chirurgii. — **Halla.** Nowo urządzony został zakład higijeniczny pod kierownictwem prof. Renka. — **Petersburg.** Docent Dr. Szydłowski wybrany został profesorem higijeny, a Drowie Afanasiew i Andrejew habilitowali się jako docenci prywatni, pierwszy anatomii patologicznéj, ostatni położnictwa i ginekologii.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp.: Tadeusz Krygowski z Koszlak w Galicyi i Bolesław Madeyski rodem z Krakowa.

Artykuły orygin mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Kronice Lek.* Nr. 5: Goldflama: Przyp. połowiczego zaniku twarzy; Matlakowskiego: Główniejsze rodzaje szwu chirurgicznego. — W *Gaz. Lek.* Nr. 22: Pawińskiego: Ostra prosowata gruźlica bez gorączki; Filipkiewicza: O pryszczycy na tle skazy dnawéj; Warmana: Tamponada Dührssenowska przy krwotokach połogowych. — W *Zdrowiu* Nr. 56: Siemieńskiego: O znaczeniu hig. rozpuszczonego w wodzie tlenu (c. d.); Zawadzkiego: Ze zdrojowisk krajowych (dok.). — W *Medycynie* Nr. 20: Biegańskiego: Z kazuistyki chorób układu nerwowego (dok.).

Redakcyja otrzymała:

J. GRUNDZACH: O powstawaniu brunatno zabarw. strzępków w zawartości żołądka (odbitka z *Gaz. Lek.* 1890) in 8-vo str. 5.

* Zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dra Michała Janochy złożyli na rzecz funduszu wdów i sierót Towarzystwa lekarzy gal. koledzy zmarłego: Barzycki, Bielański, Bujniewicz, Drobner, Drzewicki, Dumaire, Filewicz, Fleszar, Herzum, Loewy, Nidecki, Niesiołowski, Rasp, Rotter, Segel, Soyka, Wojnarski, Zagórski i Zennerman — kwotę 42 złr.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.